

Свидетельство об освобождении - причины личного/философского характера

Certificate of Exemption - Personal/Religious

От требований школы, детского сада или дошкольного учреждения об иммунизации *Указать в рамке тип требуемого освобождения*

Фамилия ребёнка: (Child's Last Name)	Имя: (First Name)	Средний инициал: (Middle Initial)	Дата рождения (мм/дд/гггг): (Birthdate)	Пол: (Gender)
---	----------------------	--------------------------------------	--	------------------

ПРИМЕЧАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребёнка от некоторых или всех указанных ниже прививок, передав настоящую заполненную форму в школу и (или) дошкольное учреждение своего ребёнка. Лица, получившее освобождение от прививок, считается подверженным риску заболевания или заболеваний, защиту от которых предлагает такая прививка. Получившие освобождение дети/учащиеся могут не допускаться на территорию или мероприятия школы или дошкольного учреждения в период эпидемии того заболевания, от которого они не были полностью вакцинированы. Те заболевания, против которых предназначены вакцины, всё ещё существуют и могут быстро распространяться в условиях школы или дошкольного учреждения. Иммунизация - один из лучших способов защищать людей от заболевания и распространения болезней, которые могут привести к серьёзному расстройству, инвалидности или смерти.

Освобождение по причинам личного/философского или религиозного характера (Personal/Religious Exemption)

Тип освобождения: Причины личного/философского характера (Personal) Причины религиозного характера (Religious)

Я освобождаю своего ребёнка от требования о его (её) вакцинации от следующих заболеваний с целью посещения школы или дошкольного учреждения (Parent/Guardian checks and signs this section):

- Дифтерия (Diphtheria) Гепатит В (Hepatitis B) Гемофильный грипп типа b (Hib) Корь (Measles) Свинка (Mumps)
 Коклюш (судорожный кашель) (Pertussis) Пневмококковые (Pneumococcal) Полиомиелит (Polio) Краснуха (Rubella)
 Столбняк (Tetanus) Ветрянка (ветряная оспа) (Varicella)

Декларация родителя/опекуна

Одна или несколько требуемых вакцин противоречат моим личным, философским или религиозным убеждениям. Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с указанным ниже практикующим врачом. Я получил(а) уведомление о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребёнок освобождён, мой ребёнок может не допускаться на территорию школы или дошкольного учреждения в период существования такой эпидемии. Приведённая в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Health Care Practitioner Declaration (Декларация практикующего врача)

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Освобождение для членов религиозных сообществ (Religious Membership Exemption)

Заполняйте этот раздел **ТОЛЬКО** в случае, если ваша церковь или религия возражает против оказания медицинской помощи. Заполните приведённый выше раздел, если у вас имеются возражения религиозного характера против вакцинации, но при этом верования или учение вашей церкви или религии допускают лечение вашего ребёнка такими медицинскими специалистами, как врачи и медсёстры.

Декларация родителя/опекуна

Я являюсь родителем или официальным опекуном вышеуказанного ребёнка. Я подтверждаю, что я являюсь членом церкви или исповедую религию, учение которой не допускают оказание практикующими врачами медицинской помощи моему ребёнку. Я получил(а) уведомление о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребёнок освобождён, мой ребёнок может не допускаться на территорию школы или дошкольного учреждения в период существования такой эпидемии. Приведённая в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Название вашей церкви или религии: _____

Свидетельство об освобождении - причины медицинского характера



Certificate of Exemption - Medical

От требований школы, детского сада или дошкольного учреждения об иммунизации *Указать в рамке тип требуемого освобождения*

Фамилия ребёнка: (Child's Last Name)	Имя: (First Name)	Средний инициал: (Middle Initial)	Дата рождения (мм/дд/гггг): (Birthdate)	Пол: (Gender)
--	-----------------------------	---	---	-------------------------

ПРИМЕЧАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребёнка от некоторых или всех указанных ниже прививок, передав настоящую заполненную форму в школу и (или) дошкольное учреждение своего ребёнка. Лица, получившее освобождение от прививок, считается подверженным риску заболевания или заболеваний, защиту от которых предлагает такая прививка. Получившие освобождение дети/учащиеся могут не допускаться на территорию или мероприятия школы или дошкольного учреждения в период эпидемии того заболевания, от которого они не были полностью вакцинированы. Те заболевания, от которых могут защитить вакцины, всё ещё существуют и могут быстро распространяться в условиях школы или дошкольного учреждения. Иммунизация - один из лучших способов защищать людей от заболевания и распространения болезней, которые могут привести к серьёзному расстройству, инвалидности или смерти.

Medical Exemption *Licensed Health Care Practitioner (MD, ND, DO, ARNP, PA) completes this section.*

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine antigen required by rule of the state board of health only if in his or her medical judgment, the vaccine antigen is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine antigen is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090).

Guidance for medical exemptions for vaccination can be obtained from the contraindications, indications, and precautions described in the vaccine manufacturer's package insert and by the most recent recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) available in the Centers for Disease Control and Prevention publication, Guide to Vaccine Contraindications and Precautions. This guide can be found at the following website: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to:

Disease (Заболевание)	Permanent (Постоянное)	Temporary (Временное)	Expiration Date for Temporary Medical (Дата истечения срока временного медицинского)
Diphtheria (Дифтерия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (Гепатит B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Гемофильный грипп типа b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Корь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Свинка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Коклюш)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (Пневмококковые)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Полиомиелит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (Краснуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Столбняк)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (Ветрянка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Декларация родителя/опекунa (Parent/Guardian Declaration)

Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с практикующим врачом, дающим это освобождение по причинам медицинского характера. Я получил(а) уведомление о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребёнок освобождён, мой ребёнок может не допускаться на территорию школы или дошкольного учреждения в период существования такой эпидемии. Приведённая в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекунa (печатными буквами)

Подпись родителя/опекунa

Дат